Fragebogen zur Neuanmeldung

Wer wird angemeldet? ○ Kind ○ Ich selbst (Jugendliche) ○ Familie

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Geht das Kind/Jugendliche zur Schule? ○ Ja ○ Nein

Falls ja, wo und in welche Klasse? _____

Krankenkasse: _____ ○ gesetzlich ○ privat

Hauptversicherte Person bzw. Rechnungsempfangende: ○ Mutter ○ Vater

Sorgeberechtigte Person (gesetzliche Vertretung):

○ beide Eltern ○ Mutter ○ Vater ○ andere: _____

Haus-/ Kinderärzt*in: _____
Psychiater*in: _____
Medikamente:_____

Grund der Anmeldung:

_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten / der Jugendlichen / gesetzliche Vertretung

Information: Psychotherapie an der Charlotte Fresenius Hochschulambulanz

Liebe Patientin, Liebe Familie,

wir haben im Folgenden einige Informationen über das Auftreten psychischer Probleme, die Möglichkeiten einer Psychotherapie sowie über die Rahmenbedingungen einer Psychotherapie in unserer Ausbildungsambulanz für Sie zusammengestellt. Bei Fragen dazu können Sie sich gerne an Ihre Therapeutin wenden. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die weibliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich allerdings auf Angehörige aller Geschlechter.

Was sind psychische Beschwerden und Erkrankungen?

Psychische Beschwerden können unterschiedliche Ursachen haben. Oft spielen mehrere Faktoren eine Rolle, beispielsweise akute emotionale Belastungen oder Probleme im Lebensumfeld der Patientin. Die auftretenden Beschwerden können sehr unterschiedlich sein. Viele psychische Beschwerden können wirksam mit Psychotherapie allein behandelt werden. Einige Erkrankungen müssen neben unterstützender Psychotherapie vorrangig mit Medikamenten behandelt werden, zum Beispiel Schizophrenien oder wahnhafte Störungen. Ab einer gewissen Schwere der Beschwerden muss im Einzelfall besprochen werden, ob eine ambulante Psychotherapie ausreicht, oder ob eine (teil-)stationäre Behandlung zunächst den besseren Therapieerfolg verspricht.

Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist die Behandlung seelisch bedingter Beschwerden und Störungen mittels wissenschaftlich begründeter und geprüfter Methoden, nachdem eine qualifizierte Diagnostik durchgeführt wurde. Dazu werden zu Therapiebeginn ebenfalls Therapieziele formuliert und im Therapieverlauf überprüft. Esoterische Verfahren und reine Beratungen dürfen im Rahmen von Psychotherapie nicht angewendet werden.

Worauf sollten Sie bei Beginn einer Psychotherapie achten?

Es wird empfohlen, sich vor Beginn der Therapie über die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zu Informieren. Ambulante Psychotherapie kann nach den Richtlinienverfahren in Einzel- oder Gruppentherapie als Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie, systemische Psychotherapie und gegebenenfalls in Kombination mit medikamentöser Therapie durchgeführt werden. Wichtig für die Entscheidung ist neben dem passenden Verfahren eine gute therapeutische Beziehung zwischen Ihrem Kind und der Therapeutin.

Wie läuft eine ambulante Psychotherapie im Allgemeinen ab?

Im Erstkontakt schildert die Patientin beziehungsweise ihre Bezugsperson die Beschwerden, die Gründe, warum Psychotherapie in Anspruch genommen wird und welche Ziele im Rahmen der Therapie erreicht werden sollen. In vertiefenden Folgegesprächen werden die Krankheitsvorgeschichte, die Biografie und die Lebenssituation der Patientin/der Familie erfasst. Hieraus ergeben sich u.a. die Diagnose, die die Voraussetzung für eine psychotherapeutische

Behandlung ist. Hieraus ergeben sich unter anderem die Diagnose, die die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung ist. Sie wird mit der Patientin und den Bezugspersonen besprochen und der Behandlungsplan wird daraus abgeleitet. Die Diagnose kann sich im Therapieverlauf ändern. In manchen Fällen reichen die Symptome jedoch nicht aus, um eine

Erkrankung zu diagnostizieren. Die Patientin/die Familie wird dann über Möglichkeiten eines weiteren Vorgehens informiert. Psychotherapie verlangt der Familie und der Patientin aktive Mitwirkung ab. Gerade die Beteiligung der Bezugspersonen ist innerhalb der Kinder- und Jugendlichentherapie von zentraler Bedeutung. Ein besseres Verständnis für sich selbst als Elternteil hilft auch dem eigenen Kind. Nach Abschluss der Diagnostik beginnen die therapeutischen Interventionen, manchmal unter Einbezug des Umfelds der Patientin, und die Umsetzung des Erfahrenen oder Erlernten im Alltag der Patientin/der Familie wird gefördert.

Wie oft und wie lange finden die Sitzungen statt?

Psychotherapie kann als Kurz- oder Langzeittherapie durchgeführt werden. Die Therapeutin bespricht vor Beginn der Therapie, wie lange die Behandlung basierend auf dem Behandlungsplan voraussichtlich in Anspruch nehmen könnte (zum Beispiel Anzahl der Sitzungen) und welche Ziele dabei erreicht werden könnten. Frequenz und Dauer hängen vom jeweiligen Problembereich beziehungsweise von der Lebenssituation der Patientin und der Familie ab und fallen je nach angewandter Methode unterschiedlich aus.

Allgemein gilt:

- Die Therapiesitzungen finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Bei Kindern/Jugendlichen finden regelmäßig Beratungsgespräche für die Eltern circa einmal monatlich statt.
- Eine Therapiesitzung dauert jeweils **50 Minuten**. Therapeutin und Patientin beginnen **pünktlich** mit der Therapiesitzung.
- Beide Parteien verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten. Bei Absagen von später als **48 Stunden vor dem Termin** beziehungsweise bei Versäumnis der Sitzung fallen **Ausfallgebühren über 90€** an. Die Ausfallgebühren werden nicht von den Krankenkassen übernommen, sondern werden privat in Rechnung gestellt. Die Höhe wird zu Therapiebeginn vereinbart. Die Patientin/die Familie kann die Therapie jederzeit beenden oder die Therapeutin wechseln, sollte dies aber mit ihrer Psychotherapeutin vorher besprechen.

Wer übernimmt die Kosten einer Psychotherapie?

In Deutschland können die oben genannten Richtlinienverfahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Hierzu muss teilweise von der Therapeutin ein Gutachterverfahren eingeleitet werden, um die Kostenübernahme für Sitzungen zu erhalten. Um das Gutachterverfahren einleiten zu können, müssen auch Unterlagen von der Patientin an die Therapeutin eingereicht werden. Die Genehmigung der Therapie sowie die Festlegung der Gesamtstundenzahl hängen von der Stellungnahme eines Gutachters ab, der von der Krankenkasse beauftragt wird. Ohne Antragstellung bei der Krankenkasse der Patientin kann keine Behandlung nach Psychotherapierichtlinien durchgeführt werden. Die Therapie kann erst beginnen, sobald die **Genehmigung** der Kostenübernahme von der Krankenkasse vorliegt. Sollten Sie während einer laufenden Therapie Ihre **Krankenkasse wechseln**, teilen Sie dies zeitnah Ihrer Therapeutin mit.

Welche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie gibt es?

- Psychotherapie kann als finanzielle und zeitliche Belastung empfunden werden.
- Psychotherapie kann in die bisherige Lebensweise und das Beziehungsgefüge eines Menschen eingreifen.
- Soziale Beziehungen können sich verändern, verbessern oder verschlechtern.

- Symptome können sich ändern und es kann zeitweise zu einer Symptomverschlechterung kommen.
- Eventuell krisenhaft auftretende Zuspitzungen können zusätzliche Behandlungsformen notwendig machen (zum Beispiel Medikation, stationäre/teilstationäre Aufnahme). Medikamente können auf die Psychotherapie Einfluss haben.
- Es können Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Selbstzweifel eintreten. In Folge der Psychotherapie können Verstrickungen in der Beziehung zur Psychotherapeutin entstehen, die bearbeitet werden. Eine persönliche Beziehung zur Therapeutin ist ausgeschlossen. Die psychotherapeutische Beziehung ist eine Arbeitsbeziehung und erlaubt keine privaten Kontakte. Diese sogenannte Abstinenz ist in der Berufsordnung für Psychotherapeutinnen geregelt.
- Ebenso können gleichzeitig stattfindende Psychotherapien oder psychosoziale Beratungen Einfluss auf die Psychotherapie haben. Dies sollten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin besprechen.

Rechte und Pflichten bei einer psychotherapeutischen Behandlung und besondere Hinweise
Psychologische Psychotherapeutinnen unterliegen der Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie sind zur Einhaltung der Berufspflichten wie zum Beispiel Abstinenz und Verschwiegenheit verpflichtet. Innerhalb jeder therapeutischen Praxis gelten für alle Mitarbeiterinnen der Praxis die Regeln der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die in der Praxis aushängt und Ihnen in Kopie ausgehändigt werden kann. Im Falle von Gruppentherapien sind auch die Patientinnen ihrerseits im Verhältnis zu anderen Mitpatientinnen an die Schweigepflicht gebunden. In der Therapie ist der respektvolle Umgang mit den Wünschen der Patientin unabdingbar. Die Patientin/die Familie hat ein Recht darauf, dass die Psychotherapeutin Fragen zum therapeutischen Vorgehen beantwortet.

Die Patientin/ die Familie verpflichtet sich, Änderungen bezüglich des Gesundheitszustandes, Mitbehandlungen, relevante medizinische Befunde und Medikamenteneinnahme der Therapeutin mitzuteilen. Ebenso werden die Tendenz, die Therapie abzubrechen, Suizidabsichten oder andere therapiegefährdende Themen seitens der Patientin der Therapeutin sofort mitgeteilt. Die Patientin/die Familie verpflichtet sich, die Thematik in der Therapie zu bearbeiten und bei einem Therapieabbruch eine abschließende Therapiesitzung einzuhalten. Auch falls keine Veränderungen in Richtung der gestellten Therapieziele eintreten, ist es wichtig, dies offen mit der Therapeutin zu besprechen und das weitere Vorgehen abzuklären.

Wenn Sie sich für eine ambulante Psychotherapie an der Charlotte Fresenius Hochschulambulanz entscheiden
Die Therapie an der Charlotte Fresenius Hochschulambulanz wird von studierten Psychologinnen, Ärztinnen oder Sozialpädagoginnen (im Kinder-/Jungendbereich) durchgeführt, die in Aus-, Fort- oder Weiterbildung (Berufsbezeichnung „Psychologische/r Psychotherapeut/in; Ärztliche/r Psychotherapeut/in“) sind. Die Therapien finden unter engmaschiger Betreuung und Supervision durch erfahrene approbierte Psychotherapeutinnen statt. Eine Schweigepflichtsentbindungserklärung

gegenüber Instituts- und Ambulanzleitung sowie gegenüber Supervisorinnen ist Voraussetzung für die Vermittlung eines Therapieplatzes in unserer Ausbildungsambulanz.

- Sowohl die Antragstellung als auch die laufende Therapie finden unter Betreuung und Rücksprache mit einer **Supervisorin** statt.
- Die Therapiesitzungen finden **fortlaufend**, also auch grundsätzlich in den Schulferien statt (mit Ausnahme von Urlaubszeiten).

_____

Ort, Datum Unterschrift (Erziehungsberechtige / Jugendliche / gesetzliche Vertretung)

Einwilligungserklärung der Patientin

Patientin (Name, Vorname):

Frau/Herr _____

Geboren am: _____

Ich wurde über die Schweige-, Dokumentations- und Fürsorgepflicht der Hochschulambulanz für Psychotherapie aufgeklärt. Die Therapeutin ist gesetzlich verpflichtet, gegenüber unbefugten Dritten über die Inhalte der Therapie zu schweigen (§ 203 Strafgesetzbuch). Die Therapeutin ist verpflichtet, Inhalte der Therapie schriftlich zu dokumentieren. Ihre Fürsorgepflicht umfasst unter anderem die Verpflichtung, die Schweigepflicht zu brechen, wenn die Aufrechterhaltung des Geheimnisses zu erheblichem Schaden oder einer ernsten Gefährdung der eigenen Person oder einer anderen Person führen kann. Die Therapeutin unterliegt dem Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Strafprozessordnung. Beide Seiten bestätigen, dass eine umfassende Information über die geplante Therapie erfolgt ist. Die Zustimmung zur Therapie erfolgt auf Basis der umfassenden Informationen und der hier vereinbarten Rahmenbedingungen.

Die Aufklärung erfolgte durch: _____
Name Therapeutin

_____

Ort, Datum Unterschrift Therapeutin

Ich stimme den Bedingungen zur Psychotherapie an der Hochschulambulanz für Psychotherapie zu und möchte mit der Therapie beginnen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens wurde mir ausgehändigt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und habe die Inhalte der Aufklärung verstanden.

Ich bin insbesondere mit folgenden Bedingungen einverstanden:

- Ich bin verpflichtet, meiner Therapeutin unverzüglich Änderungen des psychischen und übrigen Gesundheitszustandes, insbesondere akute Krisen, mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass es sich bei der Hochschulambulanz für Psychotherapie um eine Ausbildungsambulanz handelt und daher bestimmte Einwilligungen meinerseits Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung sind (zum Beispiel Schweigepflichtsentbindungserklärung, Videoaufzeichnung).
- Ich bin verpflichtet, vereinbarte Termine spätestens 48 Stunden vor deren Beginn abzusagen. Bei einer späteren Absage oder wenn ich nicht zum Termin erscheine, stellt mir die Hochschulambulanz für Psychotherapie den Termin zu dem anwendbaren Abrechnungssatz in Rechnung. Dies gilt nicht, wenn ich aufgrund außergewöhnlicher Umstände an der Absage oder dem Erscheinen gehindert war.

_____

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten / der Jugendlichen / gesetzliche Vertretung

Erklärung zum Sorgerecht

Liebe Sorgeberechtigte,

wir bitten Sie, uns im Folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bezüglich Ihres Kindes zu erteilen. Wir sind dazu verpflichtet, für Kinder die jeweiligen Sorgerechtsverhältnisse zu klären und benötigen - je nach Sorgerechtsverhältnis - bestimmte Einverständniserklärungen, um Ihr Kind untersuchen und behandeln zu können. Daher sind die für gemeinsames beziehungsweise alleiniges Sorgerecht jeweils fett markierten Erklärungen eine zwingende Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule.

- **Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind. (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule nicht möglich ist. Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil von der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule Auskunft über die Untersuchungen beziehungsweise Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs eine Weiterbehandlung unseres Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule jedoch regelmäßig nicht mehr möglich ist, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

- **Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule von**
  - **der Mutter**
  - **dem Vater**

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs können dann rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind nur von beiden Elternteilen gemeinsam abgegeben werden.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten (Mutter) / gesetzliche Vertretung
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten (Vater) / gesetzliche Vertretung

- **Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind**. **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule nicht möglich ist.

- Ich bin außerdem damit einverstanden, dass **der nicht sorgeberechtigte Elternteil** unabhängig von mir von der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann von der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Name der behandelnden Therapeutin:

_____

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule, Infanteriestraße 11a, 80797 München.

Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4

Seit dem 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem Hausarzt über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird.

Dieser muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr bei

Psychotherapien, die länger als ein Jahr dauern, erstellt werden. Wenn kein Hausarzt angegeben werden kann oder wenn Sie als Patient einen Bericht an den Hausarzt nicht wünschen, entfällt der Bericht.

Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift Folgendes zu bestätigen:

- Ich habe keinen Hausarzt.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meinen Hausarzt wichtig sein, wird sich mein Psychotherapeut mit ihm nach Absprache mit mir in Verbindung setzen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht erhält.
- Mein Facharzt hat mich überwiesen. Ich bin nicht einverstanden, dass mein Facharzt einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meinen Hausarzt geht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/des Erziehungsberechtigten

Ihre schriftliche Bestätigung ist nach § 73 Abs. 1b des SGB V notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Schweigepflichtsentbindungserklärung | Hochschule und Supervision

Hiermit entbinde ich, als Sorgerechtsinhaberin des Kindes beziehungsweise der Jugendlichen

_____

(Vor- und Nachname der Patientin)

geboren am _____

die Therapeutin _____

(Vor- und Nachname der Therapeutin)

von ihrer Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber

- der Institutsleitung,
- der Ausbildungsleitung,
- der Ambulanzleitung,
- der für den Patientenfall verantwortlichen Supervisorin der Charlotte Fresenius Hochschulambulanz,
- den Teilnehmern der Gruppensupervision,
- den Prüferinnen der Approbationsprüfung (sofern der Fall des Kindes/Jugendlichen Prüfungsfall wird).

Die Schweigepflichtsentbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

_____

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten / der Jugendlichen / gesetzliche Vertretung

Schweigepflichtsentbindungserklärung (gemäß § 203 StGB)

Hiermit entbinde ich als Sorgerechtsinhaberin des Kindes / der Jugendlichen

_____

geboren _____

die Therapeutin _____

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber den unten angeführten Personen beziehungsweise Institutionen. Letztere werden ihrerseits gegenüber der oben genannten Institution von der Schweigepflicht entbunden.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Diese Erklärung ist gültig bis auf Widerruf.

_____

Ort, Datum Unterschrift (Erziehungsberechtigte / Jugendliche / gesetzliche Vertretung)

Einwilligung Kontaktaufnahme Kinder und Jugendliche

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:

- **E-Mail:** Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen dort auch Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

- **SMS:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS-Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- ○ E-Mail unter folgender Adresse: _____
- ○ Telefon unter folgender Nummer: _____
- ○ SMS unter folgender Nummer: _____

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten / der Jugendlichen / gesetzliche Vertretung

_____

Name Therapeutin in Druckbuchstaben

Information und Einwilligung Videositzung

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Sitzungen werden nur von Ihrer Therapeutin durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird WebPRAX, ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter, genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Die Sitzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Sitzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Sitzung darf von keiner Teilnehmerin mitgeschnitten oder gespeichert werden. Wichtiger Hinweis für Sie: Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (beziehungsweise Tablet, PC, Smartphone etc.) abgesichert ist. Schadprogramme können Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören unter anderem ein aktuelles Betriebssystem, ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit willige ich, _____

(Name, Vorname sorgeberechtigter Elternteil)

für mein Kind

_____

(Name, Vorname sorgeberechtigtes Kind)

in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meine Therapeutin ausreichend.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten/ der Jugendlichen / gesetzliche Vertretung

Einwilligung der Patientin

in Videoaufzeichnung und Datenübermittlung zwischen der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule (im Folgenden „Hochschule“) und Supervision

(Einwilligungserklärung gem. Artikel 6 Absatz 1 lit. a), Artikel 9 Absatz 2 lit. a) DSGVO)

Ich, _____ (Name, Vorname sorgeberechtigter Elternteil)

geboren am: _____ (Geburtsdatum)

wohnhaft in: _____ (Anschrift)

Ich, _____ (Name, Vorname sorgeberechtigter Elternteil)

geboren am: _____ (Geburtsdatum)

wohnhaft in: _____ (Anschrift)

bin damit einverstanden, dass Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen meines Kindes _____ (Vorname, Name, Geburtsdatum) und gegebenenfalls Bezugspersonensitzungen um Zwecke der Supervision (Einzel- oder Gruppensupervision) angefertigt und seitens des Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule gespeichert werden. Ich bin darüber informiert, dass ich das Recht habe, eine Löschung der Aufzeichnungen zu verlangen, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Zum Zwecke der Dokumentation und Supervision (Einzel- oder Gruppensupervision) übermittelt. Die Aufzeichnungen ermöglichen eine Supervision, sowie auch der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Therapie. Die Hochschule wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz des Instituts zur Kenntnis genommen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Videoaufzeichnung bzw. Datenübermittlung zwischen oben genannter Supervisorin und der Hochschule statt. Diese Widerrufserklärung ist an die Ambulanz zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Institut zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten/ der Jugendlichen / gesetzliche Vertretung

Patientinnen Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um im folgenden Gespräch möglichst viel Zeit für Dich und Deine Familie zu haben, bitten wir Dich, uns die unten angeführten Fragen aus Deiner Sicht zu beantworten. Alle von Dir gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name: _____ Datum: _____

Aktuelle Probleme: Warum kommst Du hierher?

_____
_____
_____
_____

So läuft es in der Schule:

_____
_____
_____
_____

Hobbies und Interessen:

_____
_____
_____
_____

So läuft es zu Hause:

_____
_____
_____
_____

CHARLOTTE FRESENIUS HOCHSCHULE
UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY

HOCHSCHULAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE DER CHARLOTTE FRESENIUS HOCHSCHULE

Patienteneinwilligung über Studierendenbeteiligung an der Psychotherapie

Die Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule ist eine Lehr- und Forschungsambulanz. Wir beteiligen unsere Studierenden an den psychotherapeutischen Behandlungen, damit sie die Abläufe einer Psychotherapie, im Rahmen ihrer im Studium geforderten Praktika, bei uns kennenlernen. Selbstverständlich werden Sie nach höchsten Standards von voll ausgebildeten, approbierten Therapeuten behandelt. Die Teilnahme der Praktikanten an den Therapiesitzungen bezieht sich auf das Zuhören in den Vorgesprächen, den Therapiesitzungen, Gruppensitzungen, sowie an den Vor- und Nachbesprechungen. Natürlich unterliegen unsere Praktikanten auch der psychotherapeutischen Schweigepflicht. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden streng vertraulich unter den geltenden Datenschutzbedingungen verarbeitet.

Ich, _____ , wurde über den Grund der Studierendenbeteiligung an meiner Behandlung informiert und bin damit

□ einverstanden.

□ nicht einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass wir als Hochschulambulanz darauf angewiesen sind, unsere Studierenden größtenteils an den Sitzungen zu beteiligen und nur zu kleinen Anteilen Patienten annehmen können, welche ihr Einverständnis für die Studierendenbeteiligung nicht abgeben.

München, den __.__.____

_____

(Unterschrift des Patienten / der sorgeberechtigten Personen)

Stempel des Krankenhauses

Hochschulambulanz für Psychotherapie
Charlotte-Fresenius-Hochschule
Infanteriestraße 11a
80797 München
Tel.: 089 200037304
BSNR: 637416500

PVS pria
EIN UNTERNEHMEN DER PVS HOLDING

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben die Abrechnung unserer Leistungen der **PVS pria GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, übertragen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind. Bei freiwillig oder gesetzlich versicherten Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse rechnet die PVS in unserem Auftrag die erbrachten Leistungen direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen ab oder wird die erstellte Abrechnung in den gesetzlich bestimmten Fällen an die Kassenärztlichen Vereinigung weiterleiten.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Übermittlung der zur Abrechnung unserer Leistungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die oben genannten PVS-Unternehmen zwecks Abrechnung unserer Leistungen zu erteilen. Wir bleiben Ihnen als Ansprechpartner und als Verantwortlicher im Sinne des Datenschutzes erhalten. Unsere Leistungen sind natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Ihren Widerruf erklären Sie bitte schriftlich uns gegenüber. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung zu vorgenannten Zwecken und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.

_____

Datum, Unterschrift (Patientin/Patient)

4.1. Version 15.10.2021 - §115b,116b,117

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von **Doctolib** ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite https://www.doctolib.de/ mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die **Doctolib-Kalendersoftware für alle unsere Patienten**, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden **folgende Daten** in den Doctolib-Kalender eingetragen: **Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Terminhistorie.**

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die **Daten** werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die **Dauer von 10 Jahren gespeichert**. Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer **Einwilligung mittels des Doctolib-Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern**. Wenn Sie keine Erinnerungen erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen aus.

Besonderheiten der Online-Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib. Für die Anlegung eines Doctolib-Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGV0 (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib-Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

München, …… ……

HOCHSCHULAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE

CHARLOTTE FRESENIUS HOCHSCHULE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY

Einwilligung zur Kontaktaufnahme für Forschungszwecke

Die Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule (CFH) ist eine gemäß § 117 Abs. 2 Satz 1 SGB V sonderermächtigte Einrichtung für Forschung, Lehre und Patientenversorgung.

Im Rahmen von laufenden und geplanten Forschungsprojekten der Charlotte Fresenius Hochschule, deren Rechtsträgerin die Hochschulen Fresenius gemeinnützige Trägergesellschaft mbH ist, möchten Mitarbeitende von Forschungsprojekten Sie gerne per E-Mail sowie telefonisch für eine mögliche Teilnahme kontaktieren bzw. anfragen.

Hierbei werden Ihre Kontaktdaten sowie weitere Informationen (Name, Diagnose, Alter, Geschlecht) zunächst auf einer Passwortgeschützten Datei auf unserem Forschungsserver gespeichert. Eine mögliche Teilnahme an Forschungsprojekten ist vollkommen freiwillig und kann jederzeit widerruf werden.

Einwilligung:

Ich willige ein, dass meine unten angegebenen Kontaktdaten zu dem oben aufgeführten Zweck (Kontaktaufnahme Forschungszweck) genutzt und an die jeweils mit der Durchführung der Forschungsprojekte betrauten Personen weitergegeben werden dürfen. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne die Angaben von Gründen unter der E-Mailadresse: hochschulambulanz-muenchen@charlotte-fresenius-uni.de widerrufen werden.

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

_____ _____

Datum Unterschrift

Weitere Informationen und Hinweise über den Umgang mit Ihren Daten nach Art. 13, 14 DSGVO finden Sie in unseren Datenschutzbestimmungen unter: https://www.charlotte-fresenius-uni.de/wp content/uploads/Datenschutzinformation.pdf;

Rechtsträger und Sitz der Gesellschaft Hochschulen Fresenius gemeinnützige Trägergesellschaft mbH, Limburger Straße 2, 65510 Idstein, Amtsgericht Wiesbaden, HRB 19044, USt-ID: DE299793075, Geschäftsführung: Dr. Stefan Endriß, Hannes Weißensteiner. Eine Hochschuleinrichtung der Hochschulen Fresenius gemeinnützige Trägergesellschaft mbH, Idstein, Amtsgericht Wiesbaden, HRB 1904